1895
Lane Medical Library

Die Laparatomieen

r chirurgischen Klinik zu Erlangen

aus den Jahren 1890—94

mit besonderer Berücksichtigung

der

Probelaparatomie.

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät

der

riedrich Alexanders-Universität Erlangen

zur Erlangung der Doktorwürde
in der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt im Juli 1895 von

Philipp Kullmer, approbirter Arzt
aus Grossniedesheim.

Kaiserslautern.
Druck von Emil Thieme.
1897.

Die Laparatomieen

r chirurgischen Klinik zu Erlangen

aus den Jahren 1890—94

mit besonderer Berücksichtigung

der

Probelaparatomie.

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät

der

'riedrich Alexanders-Universität Erlangen

zur Erlangung der Doktorwürde
in der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt im Juli 1895 von

Philipp Kullmer, approbirter Arzt
aus Grossniedesheim.

Kaiserslautern.
Druck von Emil Thieme.
1897.

Die Diagnose der Unterleibstumoren macht oft für den geübtesten Praktiker die grössten Schwierigkeiten. Denn es soll nicht allein der primäre Sitz der Geschwulst festgestellt sein, sondern auch deren Heilbarkeit, deren Operationsfähigkeit, und zwar so frühzeitig als möglich; denn von dem frühzeitigen Erkennen der Erkrankung, ehe Metastasen, Verwachsungen oder andere secundäre Erscheinungen eingetreten sind, hängt der Erfolg des operativen Eingriffs ab.

Gehen wir nun zu den einzelnen Untersuchungsmethoden über, so unterscheiden wir die nichtoperativen und die operativen. Zu den ersteren rechnen wir die Inspection, Palpation, Percussion und Auscultation, die physikalisch-chemische Untersuchung der Se- und Excrete, zu den letztern die Sondirung, die Probepunction und Probeincision (Probelaparatomie).

Schon die blosse Inspection gibt einen gewissen, wenn auch unsicheren Aufschluss durch die Beachtung der Vergrösserung und Form des Leibes. Freier Erguss bedingt einen in der Rückenlage sehr breiten Leib. Ein Tumor bildet, zumal bei schlaffen Bauchdecken, eine Prominenz, wenn er noch nicht so gross ist, dass er das ganze Abdomen ausfüllt. Die Bewegungen der Geschwulst bei der Athmung geben unter Umständen Aufschluss über den Sitz, besonders die Tumoren der Leber und Milz.

Viel sicherere Resultate ergibt schon die Palpation, zumal in der Narcose. Man kann feststellen, ob ein Tumor beweglich oder fixirt ist, ob er mit den Bauchdecken in Verbindung steht, ob er gestielt oder breit mit irgend einem Organ der Bauchhöhle verwachsen ist, ob er hart oder weich, ob er elastisch oder ob er fluctuirend ist.

Von grosser Wichtigkeit ist ferner die combinirte Untersuchung per rectum und vaginam in Bezug auf die Verhältnisse der Beckenorgane zu der Geschwulst.

Percussion und Auscultation geben Anhaltspunkte über Tympanites, Ascites, das Anliegen der Tumoren an die Bauchdecken und besonders über die Möglichkeit einer Schwangerschaft gegenüber einer Neubildung.

Besprechen wir nun kurz die operativen Methoden, so müssen wir zunächst die Sondirung erwähnen. Der Katheter entleert die prallgefüllte Blase, die schon oft zu Irrthümern Veranlassung gegeben hat. Die Magensonde gibt Aufschluss über die Lage und Grössenverhältnisse des Magens, über das Verhalten eines Tumors bei der Anfüllung des Magens. Ferner ist zu erwähnen die Sondirung des Dickdarms.

Die chemische und microscopische Untersuchung des Mageninhalts ist von grösster diagnostischer Bedeutung, zumal der Nachweis des Fehlens der freien Salzsäure und des reichlichen Vorhandenseins der Milchsäure.

Um zur Erkenntniss zu gelangen, ob wir es mit einem soliden Tumor oder mit einer Cyste zu thun haben und welcher Art diese Cyste ist, bedürfen wir der Probepunction und der physikalisch-chemischen und microscopischen Untersuchung des Cysteninhalts.

Da aber diese Probepunction doch nicht so ganz harmlos ist, so dürfte heutzutage, von der Punction einer rein ascitischen Flüssigkeit abgesehen, an deren Stelle die Probeincision getreten sein. Denn trotz der Reichhaltigkeit der angeführten Untersuchungsmethoden, in Verbindung mit der sorgfältigen Anamnese, sind Irrthümer nicht gar zu selten oder ist es überhaupt unmöglich, zu einer positiven Diagnose zu kommen. Noch viel weniger haben wir Aufschluss darüber, ob ein Tumor operirbar ist oder nicht. Erst nach Freilegung des Tumors lässt sich die Frage nach der Operirbarkeit desselben sicher entscheiden. Findet man einen operirbaren Tumor, so schliesst man gleich die Radicaloperation an. Findet man aber eine bereits inoperabele oder überhaupt keine Neubildung, so schliesst man die Bauchdecken wieder, nachdem man eventuell, was die Inoperabilität anlangt, eine Operation ausgeführt hat, die einen freilich nur vorübergehenden symptomatischen Erfolg hat, wie z. B. die Gastroenterostomie.

Während in der vorantiseptischen Zeit die Eröffnung der Bauchhöhle ein „noli me tangere“ war, so ist sie jetzt durch die

Anti- und noch mehr durch die Aseptik zu einer, wenn auch nicht ganz gefahrlosen, so doch segensreichen Operation geworden.

Ueber den Werth nun dieser diagnostischen oder probatorischen Laparatomie ist schon viel gestritten worden. Während die einen dieselbe für eine absolut gefahrlose und nothwendige Operation erklären, da allein durch den Probeschnitt die Operirbarkeit eines intraabdominellen Tumors festgestellt werden könne, warnen die andern ausdrücklich vor ihr, indem sie sagen, der Nutzen stehe nicht im Verhältniss zu der Gefahr derselben, es nütze gar nichts, zu wissen, dass man einen inoperablen Tumor vor sich habe, ferner sei, abgesehen von der Möglichkeit eines Collapses und einer Infection, das Entstehen der allerdings oft erhebliche Störungen machenden Bauchhernien allein schon eine Contraindication.

Erwähnen wollen wir noch kurz, dass auch Bardenhäuer den peritonealen Schnitt für relativ gefährlich hält und daher einen extraperitonealen empfiehlt, zumal eine Anzahl von Geschwülsten besser extra- als intraperitoneal palpirt werden könne. Er führt 3 Schnitte an: einen Renal-, Symphyse- und Thorakal-Schnitt.

Man gestatte uns nun, mit dieser Arbeit einen kleinen Beitrag zum Werth der Probelaparatomie zu liefern, indem wir über 41 Fälle von Laparatomieen, beziehungsweise Probelaparatomieen, welche in den Jahren 1890—94 in der Erlanger chirurgischen Klinik meist wegen bösartiger Neubildungen ausgeführt worden sind, und über einen Fall vom Jahre 1895 berichten.

Bevor wir aber zur eigentlichen Arbeit übergehen, wollen wir noch einiges statistisches Material über Probelaparatomieen erwähnen.

Fock berichtete vor ca. 35 Jahren über 92 Probelaparatomieen mit 31 Todesfällen = 33,69 %.

Perillon machte eine Statistik aus den Jahren 1844—84 über 179 Fälle mit 39 Todesfällen = 21,7 %.

Solch schlimme Resultate sind in unserer heutigen anti-, beziehungsweise aseptischen Zeit nicht mehr möglich. So berichtet Lawson Tait, der ein begeisterter Anhänger der Probelaparatomie ist, über 13 Probeincisionen ohne Todesfall und

8 unvollständige Incisionen mit 4 Todesfällen = 50 % bei 208 Fällen aus 1881/82.

John Numans hat keine so günstigen Erfolge zu verzeichnen, indem er bei 384 Laparatomieen 19 Explorativschnitte ausgeführt hat mit 3 Todesfällen = 15,8 %.

Thede berichtet aus der Kieler Klinik des Prof. Werth über 14 prob. Laparatomieen, bei denen an eine Radikaloperation nicht gedacht werden konnte, sondern nur eine Austrocknung des Ascites der Bauchhöhle, die Freund für so sehr gut hält, beabsichtigt war; von diesen sind 5 = 33,7 % im Anschluss an die Operation gestorben.

Hausy und Knauer geben in der Festschrift für Billroth 1892 einen interessanten Bericht über die Laparatomieen der Klinik Billroths der letzten 25 Jahre, im Ganzen über 969 Fälle mit 350 Todesfällen = 36,1 %. Sie finden, dass die Resultate von Jahr zu Jahr besser wurden Dank der Verbesserung der Operationsmethoden und vor allem der Wundbehandlung.

Von den Magenoperationen wollen wir erwähnen die Magenresectionen mit 45 Fällen, wovon 22 Erfolge und 23 Todesfälle = 51,1 % und die Gastroenterostomieen mit 37 Fällen, wovon 20 Erfolge und 17 Todesfälle = 45,9 %.

Curative Incisionen der Bauchhöhle machte Billroth wegen tub. Peritonitis 16 mit 1 Todesfall und 15 Heilungen, bez. Besserungen, wegen Perityphlitis 2 (1 †, 1 geheilt).

Probatorische Incisionen wurden wegen Carcinoms des Bauchfells und inoperabler Geschwülste 66 ausgeführt, wobei 24 Todesfälle und 42 ungeheilte Fälle = 36,3 % Mortalität.

Im Anschluss an diese Fälle, die ich aus der Literatur zusammengestellt habe, erlaube ich mir, über 41 Fälle von Laparatomieen, welche in der Erlanger chir. Klinik 1890—94 ausgeführt worden sind, und einen Fall vom Jahre 1895 zu berichten, von denen 19 rein probatorische Incisionen waren zu diagnostischen Zwecken, während bei 5 an die Probelaparatomie eine weitere Operation angeschlossen wurde, um ev. dem Patienten Erleichterung zu verschaffen, bez. das Leben zu verlängern.

1) K. Gg. 49jähr. Oekonom.

Anamn.: Hereditär nicht belastet, klagt Patient erst eit 16 Wochen über stechende Schmerzen in der Magengegend. Von da an Erbrechen 1—2 Stunden nach jeder Mahlzeit der nveränderten Nahrung. Angehaltener Stuhl. Starke Abnagerung.

1890 20/I. Stat. pr.: Grosser stark abgemagerter Mann. Abdomen stark eingesunken. In der Magengegend fühlt man inen ziemlich grossen und harten Tumor, nach rechts und nten vom Magen einige kleinere Knoten. Probemahlzeit wird icht verdaut.

25./I. Probelaparatomie ergibt einen grossen Tumor es Magens und Metastasen der Leber und Netz.

Diagnose: Carc. ventr. inoper. Tadelloser Wundverlauf. 6./II. wird Patient entlassen.

---

2) H. Margar. 35jähr. Bauersfrau.

Anamn.: Vor 4 Jahren vorübergehend magenleidend gewesen, klagt Patientin seit Sommer 1889 wieder über heftige chmerzen in der Magengegend. Fast alles wird erbrochen. tarke Abmagerung.

1890 20./I. Stat. praes.: Stark abgemagerte, mittelrosse anaemische Patientin. Abdomen eingesunken. In der Mitte zwischen Nabel und proc. xiph. fühlt man einen längchen, derben, etwas hoeckerigen Tumor 7—8 cm lang, 2—3 cm reit, der sich mit der Athmung bewegt und auf Druck wenig mpfindlich ist, keine freie HCl in der Ausspülflüssigkeit.

1./II. Laparatomie: Tumor des pylorus etwa hühnereiross, verschieblich. Magen frei beweglich, etwas vergrössert.

Duodenum ziemlich fixirt. Exstirp. des 11 cm langen, 8 cm breiten Tumors (Res. pylori).

Diagnose: Carc. pylori.

Verlauf: Abends exitus l. im Collaps. Sektion negativ.

---

3) Sch. Lorenz 53j. Dienstknecht.

Anamn.: Vorher stets gesund, klagt Patient Ende Nov. 1889 zum ersten Male über heftige Schmerzen im Leibe, unabhängig vom Essen, öfter wiederkehrend mit öfterem Erbrechen. Einmal wurde Blut erbrochen. Angehaltener Stuhl. Starke Abmagerung.

25./II. 1890. Stat. praes.: Patient mittelgross, stark abgemagert. In der Mitte des Leibes, 2 Finger breit über dem Nabel, fühlt man einen sehr druckempfindlichen, mit der Athmung nicht verschieblichen Tumor, etwa taubeneigross. Ewald'sches Probefrühstück wird nicht verdaut. Freie HCl fehlt.

Laparatomia probatoria: Grosser gegen das Zwerchfell hoch hinaufreichender Tumor des Magens.

Diagnose: Carinoma ventriculi inoperabilis. Wundverlauf tadellos. 18./III. Entlassung.

---

4) L. Adam 60j. Schuster.

Anamn.: Patient ist hereditär belastet, war nie krank. Erst im Oktober 1889 bekam er Schmerzen in der Magengegend und entdeckte dort eine druckempfindliche Geschwulst, die sich stetig vergrösserte. Nie Erbrechen oder Gelbsucht.

1890 3/II. stat. pr.: Patient hat einen deutlich mit der Leber zusammenhängenden Tumor im rechten Hypochondrium. Magenverdauung ungestört.

8./III. 1890 Lapar. probat. ergibt Tumor Hepatis mit secundären Knoten.

Diagnose: carc. Hepat.

Verlauf: Naht wird brandig und stosst sich unter Eiterung ab. Patient bekommt Husten und kommt zusehends herunter. Am letzten Tag übelriechende sputa. Exit. letalis 20./III.

Section: Hypostatische Pneumonie beider Lungen, Bronchitis und tracheitis katarrhalis, Primäres Lebercarcinom, sec. carc. der cardia. Krebsige Infiltr. der Retroperitonealdrüsen.

---

5) St. Anna 44jährige Bauersfrau.

Anamn.: Patientin ist angeblich seit 20 Jahren magenleidend mit Erbrechen und Schmerzen. Seit Herbst 1889 will sie einen stetig wachsenden Knoten im Leib gefühlt haben. Mehr Schmerzen. Erbrechen cessirt. In der letzten Zeit starke Abmagerung.

1890 6./III. Stat. praes.: Ziemlich kleine, stark abgemagerte Patientin. Im l. Epigastrium faustgrosser, hoeckeriger harter Tumor, ziemlich beweglich, seitwärts leicht abgrenzbar, nach hinten weniger deutlich, mit der Bauchwand anscheinend zusammenhängend. Probefrühstück: mangelhafte Verdauung, aber keine alten Speisereste. Schwache Milchsäurereaction. HCl-Reaction deutlich 6 Stunden nach der Mahlzeit, weniger deutlich $1^1/_2$ Stunden darnach.

1./IV. 1890. Laparat. probat.: Die tiefen Schichten der Bauchwand sind von Tumormassen durchsetzt. Tumor geht von der untern Curvatur aus und ist mit dem colon und der Bauchwand verwachsen.

Diagnose: Carc. ventr. inoperabilis.

Verlauf: 2./IV. Wunde normal; Tumor empfindlich.

3./IV. Unterhalb des äusseren Wundwinkels schmerzhafter Abscess. Incision ergibt bräunlich gelblichen Eiter in mässiger Menge.

5./IV. Abscess am Ende der Wunde am Nabel. Incision.

10./IV. Noch Eiterung.

27./IV. Neben Eiterung noch Speisereste. Oeffnung in den Magen wird nicht gefunden.

17./V.—24./V. Erysipel von der Incisionsstelle aus.

28./V. Immer noch Entleerung von Mageninhalt durch die Bauchwunde.

9./VI. Pat. wird auf Wunsch entlassen. Fistelöffnung wird nicht gefunden.

6) H. Auguste 46jährige Lehrerswittwe.

Anamn.: P. ist seit Mitte August 1889 magenleidend. Druck, Unbehagen, Aufstossen von Speisen. Seit Dez. 8[illegible] regelmässiges Erbrechen von 2—4 Tage angehäuften Speisen. Anfangs Januar 1890 Geschwulst fühlbar. Mitte Februar 189[illegible] Erbrechen von Blut und Blut im Stuhl.

1890 26./III. Stat. praes.: Schwächlich gebaute, stark abgemagerte, anämische Frau. In der Nabelgegend etwas nach links hühnereigrosser, auf Druck leicht empfindlicher, verschieblicher Tumor. Milchsäureprobe positiv. Freie HCl fehlt.

29./III. Lap. prob. ergibt ein Carcinom des pylorus gegen das duodenum hinreichend. Gastroenterostomie und nicht die Radikaloperat. wird gemacht, weil Pat. zu schwächlich ist.

Diagnose: Carc. ventr.

Wundverlauf tadellos.

---

7) Fl. Anna 29jährige Maschinenmeistersgattin.

Anamn.: Seit der letzten Schwangerschaft vor 2 Jahren magenleidend, klagt sie über Heisshunger, Drücken und Schmerzen in der Magengegend. Später tritt Erbrechen ein, nie von Blut. Mehr Schmerzen.

27./IV. 1890. Stat. praes.: Schwächlich gebaute, stark abgemagerte Patientin. In der Mitte zwischen Nabel und proc. xiph., etwas rechts von der Mittellinie gelegen, harte, hühnereigrosse Geschwulst mit glatter Oberfläche, leicht verschieblich, auf Druck wenig schmerzhaft. Magen nicht dilatirt. Schlechte Verdauung. Keine freie HCl. Milchsäure deutlich. Operation muss verschoben werden, weil 2 mal Fieber eintritt ohne nachweisbare Ursache, das letzte Mal mit herpes.

3./V. 90. Laparatomie: Tumor leicht hervorzuziehen, sodass die ganze Operation ausserhalb der Bauchdecken ausgeführt werden kann, nimmt nur den pylorus ein. Res. pylori sehr unblutig, wird gut überstanden.

Diagnose: Carc. pylori.

Verlauf: 4./V. Pat. sehr elend.

5./V. Kochsalzeingiessungen, Campher subcutan, Kochsalzfusion. Kein Erbrechen, Abdomen nicht empfindlich. emp. 39 °.

6./V. Eröffnung einiger Nähte ergibt umschriebene iterung. Temp. normal. Puls besser.

7./V. Pat. ziemlich munter.

12./V. Hachirtes Fleisch wird gut vertragen.

26./V. Entlassung.

19./V. Körpergewicht 94 Pfund.

26./V. „ 96 „

31./X. „ 120 „

---

8) F. Elis. 39jährige Oekonomensgattin.

Anamn.: Vor 6 Jahren spürte Patientin zuerst Schmerzen der Magengegend mit öfterem Erbrechen. Dieser Zustand ne wesentliche Aenderung 3 Jahre. Vor 2 Jahren fühlte sie ie stetig wachsende Geschwulst in der Magengegend. Seit Wochen heftige Schmerzen, starke Abmagerung, Erbrechen r bei schweren Speisen.

Mutter starb an „Magenverhärtung."

4./V. 1890. Stat. praes.: Kräftig gebaute, nicht beaders abgemagerte, anämische Pat. Im Abdomen im linken pochondrium fühlt man eine derbe, etwas höckerige Geschwulst, 10 cm lang, $1^1/_2$—2 cm breit, auf Druck leicht empfindlich, nig beweglich. Magen dilatirt. Ungenügende Verdauung. ine freie HCl, aber freie Milchsäure.

Gastroenterostomie.

Diagnose: Carc. ventr.

Wundverlauf tadellos.

11./VI. wird Pat. entlassen, fühlt sich wohler.

---

9) W. Friedrich 54jähriger Privatier.

Anamn.: Seit $^3/_4$ Jahren Verdauungsbeschwerden: Verpfung und Schmerzen auf der linken Seite des Leibes. Zuame der Beschwerden und besonders der Schmerzen seit igen Wochen. Pat. bemerkt auf der schmerzhaften Seite e Geschwulst.

22./IX. 1890. Stat. praes.: Pat. mittelgross, wenig abgemagert, blass. In der linken fossa iliaca ein wurstförmiger ca. 12 cm langer, knolliger Tumor gut beweglich. Untersuchung per rectum negativ.

29./IX. Lapar. probat. ergibt ein tief in das kleine Becken hinabreichendes Carcinom des colon. Im Mesenterium mehrere hühnereigrosse Drüsentumoren. Tumor ist nicht abzulösen. Daher anus praeternaturalis.

Diagnose: Carc. col. inoperabilis.

Verlauf: 30./IX. Pat. sehr schwach.

1./X. Wunde reactionslos.

3./X. Reichliche Kothentleerung. Heft. singultus. Puls frequent. Pat. delirirt.

5./X. Exitus letalis. Sect. ausser Carcinom von Leber, Cardia und Drüsen negativ.

---

10) Z. J. 27jähriger Zinnfigurenfabrikant.

Anamn.: Pat. war bereits im Frühjahr behufs Untersuchung eines damals kinderfaustgrossen Tumors in der regio ileocoekalis in der Klinik. Operation verweigert. Seitdem zunehmende Schmerzen und Stuhlbeschwerden.

8./XII. 1890. Stat. praes.: P. blass, abgemagert. In der regio ileocoekalis ein länglicher, ca. 15 cm langer und 6—8 cm breiter, dicker, knolliger Tumor, in der obern Hälfte leicht, in der untern schwer beweglich.

12. XII. Lap. probat. ergibt ein carcinom, welches vom coecum ausgeht, tief in das Becken hinabreicht und namentlich nach hinten stark entwickelt ist. Daher Schluss der Wunde.

Diagnose: Carcinom. col. inop.

Verlauf: Wunde geheilt. 31./XII. Entlassen.

---

11) Sch. Barbara 60jährige Taglöhnersfrau.

Anamn.: 1 Schwester starb an Gebärmutterkrebs. Seit Frühjahr klagt P. über unbestimmte Schmerzen in der Magengegend. Seit Juni sind sie heftiger; sie fühlt eine An-

chwellung. Appetit in der letzten Zeit schlecht, Abmagerung, ets angehaltener Stuhlgang. Nie Erbrechen.

7./IX. 1891. Stat. praes.: Kleine Pat., leicht abgemagert. Im Abdomen eine leicht bewegliche, annähernd kopfgrosse, aus mehreren grossen Knollen zusammengesetzte Geschwulst, von der Mitte des linken Rippenbogens bis unter den Nabel handbreit nach rechts von der Mittellinie reichend. Leber frei. Zusammenhang mit dem Magen auch nicht nachweisbar. Keine freie HCl, aber Milchsäure. Probemahl nach Stunden verdaut.

16./IX. Laparatomia probatoria: Tumor ist ein anscheinend vom Netz ausgehendes mit grossen cystischen Hohlräumen durchsetztes Sarcom. Ende nicht zu erreichen.

Diagnose: Cystosarcoma perit. inoperabilis.

Verlauf: Wunde heilt ohne Störung.

29./IX. Nochmaliger Operationsversuch mit negativem Erfolge.

11./X. Wunde glatt geheilt.

---

12) H. Johannes 67jähriger Polizeidiener.

Anamn.: Nie krank. Seit Frühjahr Erbrechen, Aufstossen, Uebelkeit. In der letzten Zeit heftige Schmerzen, starke Abmagerung. Angehaltener Stuhl.

1891 15./IX. Stat. praesens: Pat. stark abgemagert, relativ rüstig, mittelgross. Abdomen schlaff. In der Mitte zwischen proc. xiph. und Nabel fühlt man einen Tumor, derb, höckerig, apfelgross. Er ist sehr verschieblich und manchmal nicht zu fühlen. Magen, stark dilatirt, enthält alte Speisereste und chocoladenfarbige Spülflüssigkeit. Keine freie HCl und keine Milchsäure.

21./IX. Laparatomie: Apfelgrosser Tumor des Pylorus, nicht verwachsen, frei beweglich. Exstirpation.

Diagnose: Carcinoma pylori.

Verlauf: Anfangs sehr gut.

24./IX. Mittags klagt Pat. plötzlich über grosse Schmerzen der Magengegend, welche sehr empfindlich sind. Unruhe. Benommenes sensorium. Eröffnung der Wunde ergibt in der

Magen-Naht 2 Lücken, welche Mageninhalt entleeren, nochmalige Naht. Pat. ist sehr collabirt und stirbt bald nach der Operation. Section: Hypost. Pneumonie der beiden Unterlappen.

13) Schl. Johannes 38jähriger Fabrikarbeiter.

Anamn.: Vater starb an „Gesichtskrebs.“ Erst im Mai dieses Jahres Druckgefühl in der Pylorusgegend nach dem Essen und saures Aufstossen. Im Juli trat Erbrechen ein. Anfangs nur Speisereste, später kaffeesatzartige Massen. Starke Abmagerung.

6./X. 1891. Stat. praes.: Pat. sehr mager und blass. Abdomen stark eingesunken. Im obern Theil der linea alba vermehrte Resistenz, aber kein Tumor. Probefrühstück nicht verdaut. Stetiges Erbrechen, kein Stuhlgang.

13./X. Laparatomie: Sehr grosser Tumor des Magens bis an die cardia hinreichend. Serosa weithin mit secundären Knoten besetzt. Gastroenterostomie.

Diagnose: Carc. ventr. inoperabilis.

Verlauf: 15./X. Erbrechen übelriechenden Inhalts.

16./X. Exitus letalis. Section: Peritonitis circumscripta fibr.

14) D. Joh. 57jähriger Bauer.

Anamn.: Patient vorher angeblich stets gesund, bemerkt vor 4 Wochen eine Geschwulst im Leibe, stetig wachsend. Kein Erbrechen. Keine besondere Störung des Allgemeinbefindens.

7./X. 1891. Status praesens: Patient noch ziemlich kräftig, von blassgelber Haut- und Gesichtsfarbe. Im Abdomen eine kindskopfgrosse ziemlich glatte Geschwulst, frei beweglich, auf Druck wenig empfindlich. Probefrühstück nach 7 Stunden nicht verdaut. Keine freie HCl.

10./X. Laparatomie: Grosser frei beweglicher Tumor des Magens. Die freie Beweglichkeit reizt zur Radikal-Operation. Der herausgenommene Tumor hat an der kleinen Curvatur 7, an der grossen 14 cm, Umfang 32 cm.

Diagnose: Carcinoma ventriculi.

Verlauf: Pat. ist nach der Operation sehr schwach, rholt sich aber wieder und stirbt 11./X. ziemlich plötzlich im ollaps. Section: Peritonitis circumscripta purulenta.

15) Tr. Anton 42jähriger Metalldrucker.

Anamn.: Seit Oktober 1890 häufige Magenschmerzen nd Verstopfung. Nie Erbrechen. Abnahme des Körperewichts gegen 60 Pfund angeblich.

28./XII. 1891. Stat. praes.: Pat. mittelgross, ziemlich räftig gebaut, stark abgemagert. In der Mitte zwischen rocessus xiphoides und Nabel kindsfaustgrosser, nach hinten cht deutlich abgrenzbarer, ziemlich schwer beweglicher umor, auf Druck wenig empfindlich. Keine freie HCl. Probeahl nach 6 Stunden verdaut.

4./I. 1892. Laparat. probat. ergibt ein über faustrosses Carc. des Pylorus, auf das Duodenum übergehend, nach nten nicht deutlich abgrenzbar. Mesenterialdrüsen stark vergrössert, indurirt. Daher Schluss der Operationswunde.

Diagnose: Carc. ventr. inoperabilis.

Verlauf tadellos.

18./I. entlassen.

16) H. J. 44jähriger Metallgiesser.

Anamn.: Seit 6 Wochen Schmerzen in der rechten ern Hälfte des Abdomens. Leib angeschwollen. Appetit ring, Stuhl normal, kein Erbrechen, kein Aufstossen.

1891 19./IV. Stat. praes.: Kleiner ziemlich magerer tient. Abdomen aufgetrieben, etwas ascites. In der oberen älfte des Abdomens fühlt man, die ganze Gegend zwischen ber und Nabel ausfüllend, bei stossweiser Palpation einen hr grossen, nicht genau bestimmbaren, aus mehreren grossen ollen bestehenden harten platten Tumor. HCl und Milchure fehlen. Beziehungen des Tumors zu einem Organ nicht chweisbar.

22./IV. 1891. Lap. probat.: Ausgangspunkt des Tumor nicht festzustellen. Schluss der Wunde.

Diagnose: Tumor malignus in abdomine.

Verlauf: Wunde heilt per I.; 10./V. wird Patient entlassen.

---

17) M. Joh. 51jähriger Kaufmann.

Anamn.: Vor etwa 20 Jahren lues. Von jeher Potator strenuus. Seit einigen Jahren diabetes mellitus. Seit 1 Jahr Appetitlosigkeit, Aufstossen, kein Erbrechen. Manchmal Schmerzen in der Magengegend. Stuhlverstopfung. Rapide Abmagerung und Entkräftung.

27./XI. 1891. Status praesens: Grosser kräftig gebauter Mann mit stark entwickeltem pannus adiposus. Leichte Cyanose. Herzaction etwas beschleunigt, Puls leicht unterdrückbar. Tumor nicht zu fühlen. Die Gegend zwischen Processus ensiformis und Nabel auf Druck empfindlich, Magen aufgetrieben. Keine HCl und Milchsäure.

28./XI. Lapar. probat. (auf Wunsch des Patienten) ergibt einen sehr grossen harten Tumor am Pylorus, dessen seitliche und hintere Grenze nicht zu bestimmen ist. Gastroenterostomie.

Diagnose: Carcin. pylori, Diabetes mellitus.

Verlauf: 29./XI. Patient fühlt sich gleich nach der Operation wohl.

30./XI. Elender Zustand. Vor Seiten des Peritoneums nichts nachzuweisen.

1./XII. exit. letalis. Section: fibr. Belag der Darmserosa, Nephritis chron. parench.

---

18) St. Kunigunde 51jährige Schuhmachersfrau.

Anamn.: Im Herbst 1891 machte sich ein unbestimmter Druck in der Magengegend nach dem Essen bemerkbar. Saures Aufstossen, Erbrechen von Speiseresten und Schleim. Verstopfung.

1./III. 1892. Stat. praes.: Patientin über mittelgross, von kräftigem Knochenbau, stark abgemagert, von wachsgelber Hautfarbe. Unter dem Rand der letzten Rippe links fühlt man einen platten, mässig höckerigen Tumor, leicht verschieblich. Verwachsung mit dem Magen nicht festzustellen. Vergrösserung von Leber und Milz nicht nachzuweisen.

8./III. 1892. Lapar. prob.: Die sich vordrängenden etzteile sind carcinomatös entartet. Wegen der grossen usdehnung der Erkrankung und besonders, weil der Tumor nen bedeutenden Teil des Magens einnimmt, Schluss der auchwunde.

Diagnose: Carc. ventr. et om. maj. inoperabilis.

Verlauf: 9. u. 10./III. gut.

14./III. Entfernung einiger Nähte. Geringe Eiter-tleerung. Dann weiterer Wundverlauf gut.

20./III. Pat. wird entlassen.

---

19) W. Eduard 39jähriger Bauer.

Anamn.: 1877—81 „Lungenkatarrh" geheilt. Seit 1 Jahr agenbeschwerden, Erbrechen von Wasser anfangs, später von eiseresten, die oft von 2 Tagen herrührten. Seit $^1/_4$ Jahr merkt er eine Geschwulst in der Magengegend.

2./V. 1892. Stat. praes.: Mittelgrosser stark abgeagerter Mann von gracilem Knochenbau. Ueber der Lunge onchitische Geräusche. Abdomen: In der Gegend des Nabels hlt man unter einer handtellergrossen graubraun verfärbten elle der Haut einen derben, etwas verschieblichen Tumor, Finger breit, von länglicher Gestalt mit höckeriger Oberche, nach oben und unten scharf, nach rechts und links ideutlich abgrenzbar. Keine freie HCl, Vorhandensein von ilchsäure. Unvollkommene Magenverdauung.

11./V. Laparatomie: Exstirpation eines grossen ückes des stark dilatirten Magens und eines Theiles des oden; Gastroenterostomie.

Diagnose: Carc. ventr.

Verlauf: 12./V. Patient sehr elend, Schmerzen im Leib, ringer Meteorismus.

13./V. Patient verfallen. Abd. eingesunken, auf Druck cht empfindlich. Mittags exitus.

Sectionsbefund: Peritonitis fibrinopurulenta.

---

20) W. Babette 51jährige Reichsbankdienersgattin.

Anamn.: Seit 8 Jahren magenleidend, Erbrechen nach m Essen. Keine Schmerzen. Guter Appetit. Seit Juli 1891

Zunahme der Beschwerden, Abmagerung, Schwäche. In Oktober 1891 einmal Blutbrechen.

17./VI. 1892. Stat. praes.: Grosse stark abgemagert Frau von gracilem Knochenbau, kachektischem Aussehe Abdomen: Unterhalb des Nabels eine halbmondförmige sta vorgewölbte Erhebung. An dieser Stelle deutliche peristaltisch Bewegungen, deutliches Resistenzgefühl, aber kein Tum nachzuweisen. Deutliche Fluctuation. Schlechte Verdauun Viel Mageninhalt. Deutliche HCl-Probe. Untere Magengren dicht über der Symphyse.

19./VI. Laparatomie: Magen mächtig dilatirt, kei Tumor nachzuweisen. Einschnitt in die Magenwand in d Nähe des Pylorus. Derselbe bildet einen mächtig verengte kaum für ein Bleistift durchgängigen Ring. Dicht vor ih ein rundes ca. 2-Markstückgrosses Geschwür mit frische Grunde. Horizontaler Längsschnitt über der Mitte der Stenos Naht. Gastrotomie, Erweiterung der Stenose.

Diagnose: Strictura pylori, Dilatatio ventriculi, ulcu ventriculi.

Wundverlauf gut. Nur leidet Patientin an einer nu langsam verschwindenden Schwäche. Körpergewicht:

19./VI. (Operationstag)	81	Pfund.	
14./VIII. entlassen	125	„	
20./X.	138	„	
27./XII. (ohne Kleider)	156	„	Sehr gesundes Aussehen.

21) M. Georg 42jähriger Lokomotivführer.

Anamn.: Seit 3—4 Jahren leidet Patient an Magenschmerzen, Appetitlosigkeit und Uebelkeit. Erst seit circa 4 Wochen beständiges Erbrechen nach jeder Nahrung, aber keine Schmerzen mehr. Grosse Schwäche.

18./VIII. 1892. Stat. praes.: Stark abgemagerter mittelgrosser Mann von kräftiger Statur. Abdomen stark eingesunken. Magen stark dilatirt, auf Druck nicht empfindlich. In der Pylorusgegend diffuse Resistenz. Keine freie HCl, aber Milchsäure.

22./VIII. Laparatomie: Exstirpation der pars pylorica. Gastroenterostomie.

Diagnose: Carcinoma pylori.
Verlauf: Exitus letalis 2 ½ Stunden nach der Operation.

---

22) R. Joh. 42jähriger Weber.

Anamn.: Mutter hatte viel Magenleiden, wurde aber alt. 81 vorübergehend magenleidend. Seit 7—8 Monaten Magenmerzen, seit 3 Monaten Sodbrennen, in der letzten Zeit teres Erbrechen von Speiseresten, starke Abmagerung.

1./IX. 1892. Stat. praes.: Mittelgrosser stark abmagerter Mann von gracilem Knochenbau. Abdomen muldenmig eingesunken. In der Pylorusgegend flacher, höckeriger f Druck empfindlicher Tumor von Handtellergrösse, wenig rschieblich. Magenerweiterung nicht zu konstatiren. Mangel freier HCl. Viel Milchsäure. Mangelhafte Verdauung.

14./IX. Auf Wunsch des Patienten und zur vollkommenen herung Lapar. probat. Sofort nach Eröffnung des Perineums fliesst eine mässige Menge ascitischer Flüssigkeit ab, e Contraindikation gegen weiteres operatives Eingreifen.

Diagnose: Carc. ventriculi inoperabilis. Wundverlauf gut.

1./X. Auf Wunsch entlassen.

---

23) Fries Kath. 36jährige Expeditorsgattin.

Anamn.: Mutter seit ca. 5 Jahren leberleidend! Seit ca. Jahren leidet Patientin an hartnäckiger Verstopfung ohne bedere Beschwerden anfangs. Seit ca. 8 Jahren heftige Koliken. t ca. 10 Wochen öfteres Erbrechen mit krampfartigen merzen und Fühlen eines Tumors im Leibe. Zunehmende rschlechterung des Zustandes. Stuhl nur auf reichliche ystiere.

30./X. 1892. Status präsens. Mittelgrosse Frau von tiv gutem Ernährungszustand, aber sehr anämisch. Abdomen rk aufgetrieben. Palpation ergibt genau in der linea alba Querfinger breit oberhalb des Nabels eine apfelgrosse, sehr regliche, schmerzhafte, höckerige Geschwulst. Von ihr aus t nach rechts und oben ein schräg verlaufender Strang, der a einer aus mittelgrossen Kastanien zusammengesetzten Kette lich sieht. Im rechten Epigastrium ist ein zweiter etwa

orangengrosser Tumor, an die Kette sich anschliessend, gleiche Beschaffenheit. Vom rectum aus nicht zu fühlen. Darm träg Magen einfach. Gute Magenverdauung.

2./XI. Lapar. probat.: Tumor, in der linea alba liege hängt mit dem nach allen Seiten fixirten Colon transvers zusammen. Von hier führt eine Reihe kastaniengrosser Drüs zu einem zweiten Tumor, der, mit der Wirbelsäule verwachs mit dem Darm anscheinend nicht zusammenhängt. Weil inop rabel, Schluss der Wunde.

10./XI. Starker Kolikanfall.

16./XI. 2. Probeincision: Versuch, den Darm von d Tumor abzutragen und ihn an das colon ascendeus anzunäh um den Darm wegsamer zu machen, misslingt, da der Da beiderseits mit dem Carcinom und seiner Umgebung stark v wachsen ist.

Diagnose: Carc. inoperabilis des Dickdarmes.

Verlauf: normal. Nur bestehen starke Beschwerden, v der Darmstenose herrührend.

5./XII. Entlassung.

---

24) A. M. 29jährige Webersfrau.

Anamn.: Seit 5 Jahren Drücken im Magen, seit 5 Monat nach dem Essen drückende Schmerzen im Magen und Erbreche bei reichlicher Nahrung. Knollen im Leib fühlbar beim E brechen. Starke Abmagerung.

30./VII. 1892. Status präsens: Mittelgross, stark ab gemagert, sehr blass. Abdomen weich, eingesunken. Palpato risch findet man eine kleine, gänseeigrosse, harte runde Ge schwulst, nicht schmerzhaft, sehr beweglich. Bei Füllung de Magens wechselt der Tumor seine Lage. Untere Magengrenz handbreit über der Symphyse. Geringer Ascites. Keine frei HCl, reichlich Milchsäure.

4./VIII. Laparatomia prob.: Im peritoneum milia Carcinomknötchen in spärlicher Menge. Tumor mehr als mann faustgross aus verschiedenen grossen Knoten zusammengesetzt Tumor inoperabel. Trotzdem aus humanen Gründen Gastroen terostomie, da die Stenosenerscheinungen in der letzter Zeit unerträglich waren. Plötzlich starke Blutung in der Tiefe

edeutet als Blutung aus der vena portae, Stillung der Blutung. Verband.

Diagnose: Carc. v. inoparabilis.

Verlauf: Patientin stirbt $^3/_4$ Stunden nach der Operation.

Section: Durchschneidung der vena portae und des ductus holedochus, Stenos. pyl. carc., Hypertrophie des Magens, grosse, krebsartige epigastrische Drüse neben der Pfortader, diese comprimirend, ascites, hochgradige Anämie.

---

25) Kr. Marg. 46jährige Fabrikantensgattin.

Anamn: Mutter starb an Krebs der Gebärmutter. (?) Seit Mai 1892 Druck in der Magengegend, mässige Schmerzen. Kein Erbrechen, regelmässiger Appetit. Mit der Zeit bemerkte sie eine stets deutlicher werdende Geschwulst, auf Druck empfindlich in der Magengegend.

28/III. 1893. Status praesens: Mittelgrosse gracil gebaute Frau mittleren Ernährungszustandes, etwas anaemisch. Unter dem linken Rippenbogen, nahe der Mittellinie und dem Processus ensiformis ein kleinhandtellergrosser, wenig verschiebbarer Tumor, auf Druck mässig schmerzhaft, glatt, mit dem Magen zusammenhängend. Kein Erbrechen. Gute Verdauung. Keine freie HCl, Spuren von Milchsäure.

30/III. Lap. probat.: Tumor sitzt in der regio pylorica an der hinteren Wand des Magens, geht auf die Nachbartheile, besonders Pancreas über, unbeweglich. Inoperabel, daher Schluss der Wunde.

Diagnose: Carc. ventr. inoperabilis.

Verlauf: Tadellos.

14/IV. Entlassung.

---

26) R. Elisabeth 48jährige Müllerswittwe.

Anamn.: Seit 5 Jahren hat Patientin öfter Magenweh, seit letztem Winter häufiges Erbrechen von genossenen Speisen. Seit 8 Wochen Verstopfung, seit 4 Wochen viel Schmerzen im Magen.

17/IV. 1893. Status praesens: Mittelgrosse, ziemlich magere Frau. Abdomen mässig hervorgewölbt, Bauchdecken schlaff. Links vom Nabel fühlt man eine ziemlich bewegliche,

etwas unebene, auf Druck empfindliche Geschwulst von der Grösse eines Apfels. Keine freie HCl. Schlechte Magenverdauung.

21/IV. Laparatomie ergibt einen tumor pylori übermittelapfelgross, sich auf die vordere und hintere Wand des pylorus erstreckend. Metastasen nicht sichtbar. Exstirpation pylori.

Diagnose: Carcinoma pylori.

Verlauf: Tadellos. Patientin wird 29/V. entlassen. Sie hat 5 Pfund zugenommen. Gewöhnliche Kost wird vertragen. Heisshunger.

---

27) W. Paul 49jähriger Baumeister.

Anamn.: P. machte im Feldzuge 1870/71 Blattern durch und datirt seit dieser Zeit sein Magenleiden, öfteres Erbrechen. Trotz vielfacher Kuren derselbe Zustand. Von 1892 November an Verschlimmerung des Leidens, starke Abmagerung. Tumor wird ärztlich constatirt.

15/VI. 1893. Status praesens: Untersetzter kräftig gebauter Mann mit offenbar reduzirtem Ernährungszustande, fahler Gesichtsfarbe. Abdomen weich. Am linken Leberlappen fühlt man eine diffuse Resistenz, keinen abgegrenzten Tumor. Kaffeesatzartiges Erbrechen aller Speisereste. Keine freie HCl, starke Milchsäurereaction. Schlechte Verdauung. Magen mässig dilatirt.

20/VI. Laparatomia prob.: Unter dem linken Leberlappen liegt der Pylorustheil des Magens festgelöthet, in einen faustgrossen Tumor umgewandelt. Daher Gastroenterostomie.

Diagnose: Carc. ventriculi inoperabilis.

Verlauf: Tadellos. Patient 4/VII. bedeutend gebessert entlassen.

---

28) D. Josef 56jähriger Maurer und Brauknecht.

Anamn.: Patient stand wegen Magenleidens (starkes Brennen im Magen) beständig in ärztlicher Behandlung. Seit 1 Jahr Schmerzen im linken Rippenbogen, unabhängig von der Nahrungsaufnahme, seit Februar Erbrechen stark saurer Massen.

24/IV. 1893. Status praesens: Ziemlich kleiner Mann, abgemagert. An der Stelle des stärksten Schmerzes ist wohl

ne diffuse Resistenz, aber kein Tumor zu fühlen. Freie HCl ichlich vorhanden.

6/V. Laparatomie: Man stösst auf eine feste Verachsung des Magens mit der unteren Fläche der Leber. Das nde derselben zum Pylorus hin ist nicht zu erreichen. Lösung elingt nicht ganz. Gastrotomie. Pylorus wird durch die agenwunde nicht erreicht. Schluss der Magenwunde. Gastroenrostomie wird wegen der Länge der Operation verschoben. e war in Betracht gezogen, weil man von dem operativen ingriff keinen dauernden Erfolg erwartete.

Diagnose: Dilatatio ventr., Verwachsung des Magens mit r Leber.

Verlauf: Patient wird 10/VI. mit vollkommen geschlossener auchwunde entlassen.

---

29) H. Barbara, Dienstmagd.

Anamn.: Seit $^3/_4$ Jahren hat Patientin nichts mehr veragen und ist magerer geworden. Seit $^1/_2$ Jahre heftige agenschmerzen. Seit dieser Zeit bemerkte sie eine Geschwulst der Magengegend. Kaffeesatzartiges Erbrechen. Starke Abagerung.

10/VII. 1893. Status praes.: Mittelgrosse gracil gebaute, ark abgemagerte anämische Frau. Abdomen eingesunken. der Mitte desselben oberhalb des Nabels sieht und fühlt man nen mannsfaustgrossen Tumor von steinharter Consistenz und ckeriger Oberfläche, nur in geringem Grade verschieblich. eine freie HCl, viel Milchsäure. Erbrechen riesiger Kaffeesatztiger Massen. Magen erscheint undurchgängig.

15/VII. Laparatomie: Der ganze Magen mit Ausnahme r Cardia ist carcinomatös entartet im Verhältniss etwa von : $^1/_3$. Daher, um das Leben der Patientin zu verlängern, astroenterostomie.

Diagnose: Carc. ventr. inoperabilis.

Verlauf: 16./VII. Patientin stirbt im Collaps. Section: arkes Oedem der beiden Unterlappen mit Hypostase.

---

30) W. Johann 52jähriger Taglöhner.

Anamn.: Seit Mitte Mai dieses Jahres klagt Patient über

unregelmässigen Stuhl und Blähungen, die ihm auch keine Nachtruhe lassen. Seit 4 Wochen bemerkt er eine Geschwulst in der Magengegend. Nie Erbrechen.

14./VIII. 1893. Status praesens: Stark abgemagerter bleicher mittelgrosser Mann. In der Magengrube fühlt man einen ca. kleinapfelgrossen, wenig verschieblichen auf Druck empfindlichen Tumor. Mässige Dilatation des Magens. Kein freie HCl, aber Milchsäure. Probemahl nach 5 Stunden gut verdaut.

19./VIII. Laparatomia probat.: Vom Pylorus an, der noch frei ist, ist die Magenwand von eminent grossem, nach oben nicht ganz abtastbarem Carcinom eingenommen. Daher Schluss der Bauchwunde.

Diagnose: Carc. ventriculi inoperabilis.

Verlauf gut. 29./VIII. wird Patient entlassen.

---

31) E. Marg. 29jährige Bauersfrau.

Anamn.: Patientin klagt seit ihrer 2. Gravidität über Erbrechen, saures Aufstossen, quälendes Brennen. Nach der 2. Entbindung Ende 1890, die normal war, vermehrten sich die Erscheinungen, es kamen Stuhlbeschwerden dazu. Mit Sommer 1893 verbreiteten sich die bis dahin localisirten Magenschmerzen über das ganze Abdomen. Einmal wurde Schwarzes erbrochen.

17./II. 1894. Status praesens: Gracile, stark abgemagerte, sehr elende Patientin. In der Linie zwischen Nabel und spina anterior superior etwa 3 Querfinger breit nach unten und aussen ist eine flache Vorwölbung sichtbar, an derselben Stelle eine flache Resistenz fühlbar, eine etwas grössere noch flachere etwas weiter oben. Dieselben sitzen anscheinend auf einer derben Platte auf. Ueber der Lunge überall scharf hauchendes Athmen, R. V. U. bronchitische Geräusche, inspiratorisches Giemen. Vielfach tympanitischer Lungenschall, Herzdämpfung verbreitert. Herztöne rein. Puls 100. Erbrechen schmutzig brauner Flüssigkeit. Mangel freier HCl, reichlich Milchsäure. Schlechte Verdauung.

21./II. Laparatomie: Pylorus ist von einer handtellergrossen Geschwulstmasse eingenommen, an die sich noch weitere Tumoren (Drüsen) ansetzen, alles fest verwachsen. Daher Gastroenterostomie.

Diagnose: Carc. ventriculi inoperabilis.

Verlauf: Patientin ist nach der Operation sehr erschöpft und stirbt am nächsten Abend im Collaps.

Section: Leichte Anämie des Gehirns.

---

32) Fr. Marg. 59jährige Dienstmagd.

Anamn.: Patientin hatte angeblich in der Jugend ein Magengeschwür. Seit 2 Jahren Erbrechen, besonders nach dem Essen, und Schmerzen in der Magengegend. Nie wurde Blut erbrochen. Stetige Verschlimmerung des Zustandes.

11./VI. 1894, Status praesens: Mittelgrosse, mässig genährte Patientin von gelblicher Gesichtsfarbe. Abdomen aufgetrieben von gleichmässiger Resistenz. In der Magengrube vermehrte Resistenz und Druckempfindlichkeit.

18./VI. In Narcose fühlt man unter dem linken Leberlappen eine deutliche ziemlich harte Geschwulst von 3 Mark-Stückgrösse und länglicher Form.

Laparatomie: Vom linken Leberlappen zieht ein 2 cm breiter derber Narbenstrang gegen den Magen, denselben einschliessend und verengend. Durchtrennung des Stranges und Eröffnung des typisch sanduhrförmigen Magens. 2 Magengeschwüre an der rechten Seite der narbigen Einziehung. bezw. am Uebergang in die kleine Curvatur. Vergrösserung des Längsschnittes und Naht in querer Richtung.

Diagnose: Ulcus ventriculi, Sanduhrmagen.

Verlauf: Patientin ist sehr collabirt und sirbt 21./VI., trotzdem die Wunde gut aussieht und der Leib nicht aufgetrieben ist.

Section: In Heilung begriffene Magenwunde, verklebte Laparatomiewunde, leichte Hypostase beider Lungen.

---

33) G. Elisabeth, 36jährige Gastwirthsfrau.

Anamn.: Eltern und eine Schwester sind an Magenkrebs gestorben. Sie leidet seit 10—12 Jahren an Magenschmerzen und saurem-Aufstossen nach schweren Speisen. Erbrechen seit Januar dieses Jahres. Stetige Abmagerung.

2./VIII. 1894. Status praesens: Gracile, mittelgrosse, mässig genährte Frau. Abdomen: In Nabelhöhe fühlt man

einen harten Tumor, länglich rund, beim Athmen sich verschiebend, passiv sehr mobil. Keine freie HCl, reichlich Milchsäure. Kirschen, welche vor 8 Tagen gegessen sind, sind noch in der Magenausspülflüssigkeit.

27/VIII. Laparatomie: Magen sehr dilatirt. Pylorus ist von einer Geschwulst eingenommen in der Grösse eines Hühnereies. Der Tumor hebt sich scharf gegen das duodenum ab, weniger scharf gegen den Magen. Er ist ziemlich beweglich. Einige vergrösserte Lymphdrüsen im Ligamentum gastrocolicum. Exstirpatio pylori.

Diagnose: Carcinoma pylori.

Verlauf: Glatt. Patientin wird nach 20 Tagen entlassen. $^1/_4$ Jahre darnach hat sie 36 Pfund zugenommen und keine Magenbeschwerden.

---

34) P. Fr. 43jähriger Bauer.

Anamn.: Im Mai 1894 verspürte P. zum ersten Male in der Nabelgegend Schmerzen. Zu gleicher Zeit beständiges Abweichen. Guter Appetit, kein Erbrechen, aber stetiges Aufstossen und Brennen in der Speiseröhre. Seit 6 Wochen spürt er in der Nabelgegend einen stetig wachsenden Tumor.

1894 14./VIII. Status praesens: Mittelgrosser, stark abgemagerter Mann von kachectischem Aussehen. Im epigastrium sieht man eine halbkugelige Vorwölbung mit höckeriger Oberfläche. Sie reicht nach oben bis zum processus xiphoides, nach unten bis zum Nabel, nach aussen und links bis zur Parasternallinie, nach rechts geht sie in die Leber über. Palpatorisch fühlt man einen höckerigen schmerzlosen Tumor, auf den sehr scharfen und harten, den Rippenbogen 2 Finger breit überragenden Leberlappen übergehend. Umfang des Abdomens über dem Tumor 77, über dem Nabel 68 cm.

16./VIII. Laparat. probat.: Leber springt sofort in die Incisionsöffnung. Auf ihr prominirt ein faustgrosser Tumor. Am Magen nichts zu finden.

Diagnose: Carc. Hepatis.

Verlauf: tadellos. Patient wird 25./VIII. entlassen. Allgemeinbefinden wie beim Eintritt.

---

35) E. Albrecht 50jähriger Bierbrauer.

Anamnese: Mutter hatte lange Jahre Magenleiden, benso eine lebende Schwester. Patient ist sehr solid. Seit nde September klagt er über saures und brennendes Auftossen, Druck und Völle in der Magengegend nach dem Essen. eit ca. 7 Wochen vollkommene Appetitlosigkeit, Abmagerung, chlaflosigkeit. Nie Erbrechen, doch träger Stuhlgang.

27./XI. 1893. Status praesens: Mittelgrosser kräftig ebauter Mann, stark abgemagert, von graugelber Gesichtsarbe. Wiederholtes Untersuchen des Mageninhaltes ergibt das 'ehlen der freien HCl. Tumor wird nicht gefühlt.

1./XII. 1893. Lap. probat. ergibt keinen Tumor.

Diagnose: ?

Verlauf der Wundheilung im ganzen gut. Nur an einer telle der Bauchnaht chron. Eiterung, welche langsam zuranulirt. Sorgfältige Diät. Gute Verdauung. Trotzdem eine Gewichtszunahme. Daher ist immer noch der Verdacht orherrschend, es möchte bei der Operation ein carc. übersehen orden sein. 1./I. 94 Entlassung.

---

36) Fr. Heinrich 55jähriger Weber.

Anamnese: Patient war immer etwas schwächlich, doch e wesentlich krank. Seit Sommer 1893 hat er ausgesprochene agenschmerzen, häufiges Aufstossen und Erbrechen.

15./II. 1894: Status praesens: Mittelgrosser, schlank ebauter Mann, ziemlich hager, mit schlaffer Muskulatur und hmutzig gelber Hautfarbe. Abdomen flach, weich. Wirbelule ist gut abzutasten. Auf der rechten Seite neben dem abel ist eine ziemlich derbe, nicht verschiebliche, flache, wa taubeneigrosse Schwellung anscheinend auf und neben r Wirbelsäule zu fühlen. Sie ist auf Druck empfindlich. agen mächtig dilatirt. Mehrfache Proben ergeben das Fehlen eier HCl.

Patient verweigert die Operation.

4./XII. 1894. 2. Aufnahme. Status praesens: Abdomen was eingezogen, flach, weich; dem Auge sichtbar eine gänsegrosse Hervorwölbung am untern Rand des linken Rippenogens. Palpatorisch fühlt man eine harte, nicht scharf abenzbare Resistenz, stark in die Tiefe gehend, sehr empfindlich,

nicht verschieblich. Prompte Verdauung des Probemahls. Keine freie HCl, keine Milchsäure. Mageninhalt reagirt neutral. Untere Magengrenze am Nabel. Der Magenausspülung macht ein Hinderniss gleich an der cardia Schwierigkeiten.

10./XII. 1894. Lapar. prob.: An der grossen Curvatur des Magens ein von der cardia bis etwa zur Mitte reichender durch seine helle Farbe dem Auge auffallender Tumor. Bei der Palpation desselben erkennt man eine äusserst harte fächerförmige Geschwulst, die weit nach links oben und hinten reicht und hier neben der Wirbelsäule festgeheftet erscheint. Oberhalb der kleinen Curvatur eine grosse Anzahl sehr harter bis haselnussgrosser Drüsentumoren.

Diagnose: Carc. permagn. ventr. inoperabilis.

Verlauf: Gut. Die Klagen des Patienten sind wohl auf den im übrigen unveränderten Tumor zu beziehen.

20./XII. wird Patient entlassen.

---

37) M. C. 30jährige Buchhaltersgattin.

Anamn.: Vor 3 Jahren hie und da Magenschmerzen, ungefähr seit einem Jahre Zunahme derselben, seit 2 Monaten Erbrechen, jetzt täglich, dabei saueres Aufstossen und Verstopfung. Starke Abmagerung.

23./X. 94. Stat. praes.: Mittelgrosse gracile erheblich abgemagerte Frau. Leib weich, wölbt sich in seinem unteren und linken Teil vor, besonders nach Mahlzeiten. An dieser Vorwölbung deutliches Plätschern. Freie HCl deutlich.

26./X. Laparatomie: Ungefähr $2^1/_2$ cm rechts vom Nabel stösst man auf den knotig verdickten Pylorus. Serosa an einigen Stellen mit weissen dicken Knötchen besetzt. Eröffnung des Pylorus. Microscopische Untersuchung ergibt keine Neubildung. Daher nur Spaltung des Pylorus und Naht.

Diagnose: Pylorusstenose (Ulcus).

Verlauf: Pat. klagt über stechende Schmerzen im Leib und stirbt ziemlich plötzlich 27./X. Morgens. Section: Ulcus mit beginnender krebsiger Entartung, beginnende diffuse Peritonitis.

---

38) R. L. 44jähriger Arbeiter.

Anamn.: Anfangs Januar bemerkte Patient drückende chmerzen über dem Nabel, besonders nach dem Essen, Appetitsigkeit, Aufstossen, unregelmässigen Stuhlgang. Seit anfangs ai kohlschwarzer Stuhl. Nie Erbrechen und Uebelkeit. arke Abmagerung. Seit Mai bemerkt Pat. eine Schwellung ber dem Nabel, sehr schmerzhaft.

3./VII. 1894. Stat. praes.: Ziemlich grosser kräftig geauter Mann, abgemagert und fahlgelb. Abdomen eingefallen. n epigastrium etwas links von der Mittellinie sieht man eine ckerige Vorwölbung, die sich mit der Athmung verschiebt. n dieser Stelle eine genau abgrenzbare Geschwulst. Leber ster und grösser. HCl deutlich, anscheinend gute Verauung.

10./VII. Lapar. probat.: Lebertumor, derb, höckerig, rner noch eine Anzahl grösserer Knoten in beiden Leberlappen.

Diagnose: Carc. Hepatis.

Verlauf: Gut. 3./VIII. Pat. entlassen.

---

39) Sp. Josef 20jähriger Soldat.

17./VI. 1894. Anamn.: Pat. kommt mit der Diagnose cus ventr. mit pylorusstenose von der medizinischen Abtheilung.

20./VI. Laparatomie ergibt ein Geschwür an der untern agenwand, das erbsengross bei der Operation perforirt. Einige ische Geschwüre an der grossen Curvatur. Pylorus ist frei. ie Einschnürung sitzt weiter oben im Magen zumeist an der orderfläche. Excision. Naht.

Diagnose: Ulcus ventriculi, Stenose des Magens in der ähe des pylorus.

Verlauf: Pat. anfangs munter, klagt 21./VI. über heftige eibschmerzen. Daher Eröffnung der Leibeshöhle. Die Nahtelle des Magens zeigt Fibrinbelag. Reinigung, Naht. Pat. agt zwar weniger, erholt sich aber nicht mehr und stirbt 3./VI. Section: Peritonitis diffusa purulenta.

---

40) V. A. 43jähriger Bauer.

Anamn.: Seit $^1/_2$ Jahre Aufstossen und Druck in der agengegend, seit anfangs Januar von Zeit zu Zeit Erbrechen,

Abmagerung, Schmerzen in der Magengegend. Seit 6 Wochen täglich Erbrechen, angehaltener Stuhl, seit 14 Tagen angeblich Tumor fühlbar.

1./V. 1894. Stat. praes.: Mittelgrosser kräftig gebauter Mann, stark abgemagert. Abdomen flach. In der Nabelgegend ist das Gefühl grösserer Resistenz, die Schmerzen verursacht. Untere Magengrenze unter dem Nabel. Keine freie HCl, viel Milchsäure.

7./V. Laparatomie: Handgrosser Tumor am pylorus mit der Leber innig verwachsen. Daher nur Gastroenterostomie.

Diagnose: Carc. ventriculi inoperabilis.

Verlauf: Ausspülflüssigkeit des Magens enthält viel Galle, hervorgerufen durch mangelnden Abfluss des Mageninhalts und Rückfluss des Darminhalts. Pat. stirbt 15./V. 94. Section: Peritonitis fibrinosa.

41) Z. B. Schmiedmeistersgattin (30./VIII. bis 22./IX. 33 Jahre alt.

Anamn.: Seit 3 Jahren Schmerzen in der Magengegend allmählich zunehmend. Später Aufstossen, in diesem Jahr Erbrechen. Seit Juni seltener Erbrechen, dann aber mehr auf einmal. Zur Zeit angehaltener Stuhl und mehr Schmerzen.

30./VIII. 1894. Stat. praes.: Mittelgrosse, abgemagerte, blasse Frau. Abdomen schlaff. Zwischen Nabel und proc. ensiformis mässig von rechts nach links gekrümmt verlaufende leicht wallartige Erhebung in peristaltischer Bewegung. Palpation im epigastrium schmerzhaft.

1./X. 1894. Laparatomie: Tumor nicht zu fühlen. Pylorus mit Leber verwachsen ist nicht frei zu machen. Daher Gastroenterostomie.

Diagnose: Stenos. pylori durch narbige Verwachsung.

Verlauf: Pat. erholt sich zusehends und wird 22./X. entlassen.

42) R. Georg 56jähriger Holzhändler.

Anamn.: Patient stammt aus gesunder Familie. Schon mit 19 Jahren hatte er häufig Magenbeschwerden und konnte nicht, wie andere junge Leute, alles vertragen. Von Blutbrechen

der einer schweren Erkrankung weiss er nichts zu berichten. m Laufe der Zeit bessern sich seine Magenbeschwerden, trotzem er in seinem Berufe gezwungen war, viel und häufig chlechtes Bier zu trinken. Doch konnte er gewisse Speisen, wie Sauerkraut, nicht vertragen.

Seit 4 Wochen nehmen die Magenbeschwerden wieder recht nangenehm zu. Es stellt sich nach jeder Mahlzeit das Gefühl er Völle ein, ein Druckgefühl, das sich oft bis zu Schmerzen teigerte, Aufstossen, aber kein Erbrechen. Der Appetit ist icht schlecht; aber fast alles, was er geniesst, mit Ausnahme on Milch, macht die eben geschilderten Beschwerden. Der tuhl war schon längere Zeit unregelmässig, in der letzten Zeit ehr angehalten und nur durch grössere Dosen Ol. Ric. zu erielen. In den letzten 14 Tagen hat er 18 Pfund abgenommen. rst vor 14 Tagen konsultierte er einen Arzt, der am Magen ine Verhärtung entdeckte und ihn in die Erlanger Klinik verwies.

11./III. 1895. Status praesens: Grosser, starkknochger kräftig gebauter Mann von gebräunter Gesichtsfarbe; etwas bgemagerte Wangen. Lunge geringes Emphysem. Herz normal. Der Leib ist ziemlich stark aufgetrieben und bietet perussorisch nichts abnormes. Bei der Palpation findet sich rechts nd oben von dem Nabel eine entschieden resistentere Stelle. rin ohne Eiweiss und Zucker. Patient bekommt Ol. Ric. in rossen Dosen.

12./III. 1895. Nachdem der Leib heute etwas weicher geworden ist, lässt sich rechts und oben von dem Nabel ein deutcher, sehr harter Tumor, über 5markstückgross durchfühlen, er auf Druck entschieden schmerzhaft erscheint.

13./III. 1895. Die heute eine Stunde nach eingenommenem robefrühstück ausgeführte Untersuchung des Mageninhaltes rderte das Brod völlig unverdaut wieder zu Tage. Der Magenaft reagirt ganz schwach sauer. Aber es ist mit sämmtlichen roben keine Spur freier Salzsäure nachzuweisen.

Bei grösstmöglichster Füllung des Magens können etwa $^1/_2$ Liter eingegossen werden. Die untere Magengrenze steigt abei kaum über die Nabelhöhe herab. Der Tumor selbst tritt eutlich zu Tage, verschiebt sich aber kaum. Er erscheint fest xirt.

14./III. 1895. Die heute vorgenommene Füllung und Ausspülung des Magens ergibt dasselbe Resultat. Patient führt noch immer ab.

Patient hat sich zur Operation entschlossen. Da er aber zuvor zu Hause seine Geschäfte zur Ordnung bringen möchte, wird er auf einige Tage entlassen.

19./III. 1895. Wiedereintritt. Die erneute Untersuchung ergibt im Ganzen dasselbe Resultat, wie früher. Nur erscheint die Resistenz grösser und diffuser. Dieselbe nimmt die Gegend zwischen Schwertfortsatz und Nabel ein, geht rechts fast dreifingerbreit über die Mittellinie hinaus, links etwa $1^1/_2$ quer fingerbreit. Das Ganze auf Druck leicht empfindlich. Freie HCl fehlt. Verdauung ist ganz ungenügend. Die subjektiven Beschwerden sind die gleichen.

Morgens etwas Husten mit ganz wenig schleimigem Auswurf. Nach den üblichen Vorbereitungen, Entleerung des Darmes, Ausspülung des Magens wird 21./III. 1895 in Chloroformnarkose die Laparatomie gemacht. Die Palpation der Eingeweide nach Eröffnung des Peritoneums zeigt nirgends eine Tumormasse. Auch keine Narbe oder Verwachsung am Magen. Daher Schluss der Bauchwunde.

Da im Verlauf der Chloroformnarkose der Puls klein und etwas unregelmässig wird, wird die Narkose mit Aether fortgesetzt. Eine weitere Störung kam nicht mehr vor.

Patient klagt beim Erwachen aus der Narkose über Oppression auf der Brust. Diese steigert sich gegen Abend zu wahren Angstzuständen, er müsse ersticken. Das Gesicht ist dunkelrot, die Stimme rauh; viel Hustenreiz, dem er wegen der Schmerzen in der Wunde nicht gut nachgeben kann. Der in der Tiefe angesammelte Schleim kann angeblich nicht herausbefördert werden. Puls regelmässig, kräftig, 80. Auf Morphiuminjektion lindern sich die Beschwerden. Es wird ferner eine Apomorfinlösung ordinirt. Patient nimmt nur etwas in Eis gekühltes Wasser mit Cognac. Uebelkeit tritt nicht ein. Temperatur 36,9°.

22./III. Wieder Athembeschwerden. Patient klagt, dass er den Schleim nicht herausbringen könne, es koche immer in der Tiefe. Häufig Angina pectoris. Der Verbandwechsel zeigt die Wunde in tadelloser Verfassung. Puls ist kleiner, 92.

Abends sind die Beklemmungen auf der Brust sehr heftig. eim Athmen hört man etwas Rasseln, das Gesicht ist leicht anotisch, sehr ängstlicher Ausdruck. Temperatur 38,1°. Puls 6. Auf den Lungen hört man selten dumpfes Rasseln. Dämpf- g ist nicht nachzuweisen. Die Nacht ist durch Morphiuminjec- n erträglich. Es gelingt nicht, den Schleim herauszubefördern.

23./III. Die Athemnoth beginnt schon früh wieder, es be- ht nun über beiden Unterlappen leichte Dämpfung, etwa drei- erfingerbreit. In diesem Gebiet auch feuchtes Rasseln bei wacher Athmung. Das Rasseln ist im Laufe des Nachmittags der Trachea hörbar. Die Kräfte nehmen sichtlich ab. Puls rd klein und flüchtig. Durch Morphiumgaben werden die Be- werden etwas gelindert. Doch bleiben Athmung und Puls ht frequent.

24./III. Gegen Mitternacht tritt völliger Collaps ein, das sicht blass, cyanotisch, Puls nicht mehr fühlbar. Morgens $\frac{1}{2}$ Uhr exitus letalis.

Section: In der Bauchhöhle spärlich blutiger Inhalt. rosa und einzelne Darmschlingen leicht injicirt. Magen durch se ziemlich stark aufgetrieben. Inhalt einer galligen dünn- ssigen Masse. Die Schleimhaut im Fundus etwas ecchym., ist überall völlig normal. Vor dem Pylorus eine ffus begrenzte ovale etwa 2 cm lange, 1 cm breite tlich verdickte Stelle in der Muscularis.

Abscedirende purulente Herde in beiden Lungen fibr. Pleurit; Collaps beider Unterlappen. Partielle Hyper- nie und Oedem der Lungen, Bronch., Vernarbungen beider ngen. Leichte fettige Degeneration des Herzens. Gallensteine.

Ausser diesen 42 Laparatomieen wurden während der Jahre 1890—94 noch 34 ausgeführt und zwar wegen:

1) Tuberculosis peritonei 9 (4 Fälle geheilt, 1 gebessert 1 ungeheilt, 3 gestorben = 33,33 %);

2) Intussusception 1 (gestorben);

3) Abdominalabscess 1 (geheilt);

4) Peritonitis perforativa et purulenta 4, wovon 1 geheilt 3 gestorben = 75 %;

5) Perityphlitis 19, wovon 15 geheilt, 2 ungeheilt, 2 gestorben = 10,5 %.

Greifen wir auf die oben ausführlicher beschriebenen 42 Fälle zurück! Es wurde laparatomirt: 28 Mal wegen Magenkrebs, bezw. Verdacht auf solchen; 3 Mal wegen Leberkrebs; 3 Mal wegen Darmkrebs; 1 Mal wegen Krebs des Peritoneums; 1 Mal konnte der Ausgangspunkt des Carcinoms nicht gefunden werden (Fall 16); 6 Mal wurde der Bauchschnitt gemacht wegen Stenose durch ulcus ventriculi. bezw. Verwachsung des Magens mit der Leber.

Gastroenterostomie wurde 6 Mal gemacht, wovon 1 ungeheilt (Fall 8), 1 gebessert (Fall 41), 4 gestorben = 66,66 %;

Gastroenterostomie mit gleichzeitiger Resectio pylori, bezw. Exstirp. tum. 2 Mal (2 gestorben);

Resect. pyl., bezw. Exstirpatio carc. 6 Mal (3 geheilt, 3 gestorben = 50 %);

Gastrotomie 5 Mal (2 geheilt, 3 gestorben = 60 %).

Bei diesen 6 geheilten, bezw. gebesserten Fällen handelte es sich 3 Mal um Carcinoma pylori (Fall 7, 26, 34), 1 Mal um Stenosis ex ulc. ventr. (Fall 20), 2 mal um Verwachsung des Magens mit der Leber (Fall 28, 41).

Im Falle 7 wiegt Pat. 16 Tage nach der Operation V. 90) 94 Pfund, (31./X. 90) 120 Pfund.

Im Falle 26 hatte Pat. am Tage der Entlassung 5 Pfund genommen, verträgt gewöhnliche Kost und hat „Heisshunger".

Im Falle 34 hat Pat. $^1/_4$ Jahr nach der Operation Pfund zugenommen.

Im Falle 20 wiegt Pat. am Operationstage 19./VI. 1892 Pfund; 14./VIII. 125 Pfund; 20./X. 138 Pfund; 37./X. (ohne leider) 156 Pfund und hat sehr gesundes Aussehen.

Die übrigen 23 Fälle waren Probelaparatomieen. 5 Mal rde die Gastroenterostomie aus humanen Gründen angelossen (ungeheilt 2, 1 [Fall 27] gebessert, 2 gestorben), 1 Mal is praeternaturalis (1 gestorben).

Reine Probelaporatomieen bleiben somit 18 übrig, l zwar wegen Carc. ventriculi 11 Fälle (2 Fälle, 36 und 42, rdacht), carc. hepatis 3 Fälle, carc. peritonei 1 Fall, carcinoma i 2 Fälle; 1 Mal konnte der Ausgangspunkt nicht festgestellt rden (Fall 16). Hiervon wurden 15 ungeheilt entlassen, 1 gelt (Fall 36), 2 gestorben (Fall 4 und 42) = 11,11 %.

Von diesen Probelaparatomieen interessiren uns zunächst l 36 und 42. Im Falle 36 bestehen Symptome, die auf ein c. ventr. schliessen lassen, wenn auch kein Tumor gefühlt d. Die Probelaparatomie ergibt ein negatives Resultat. Die nde heilt, teilweise per II. Pat. erholt sich aber nicht, tz der sorgfältigsten Ernährung, nimmt an Körpergewicht ht zu, sodass der Verdacht nicht ungerechtfertigt ist, es chte ein Carcinom übersehen worden sein.

Wesentlich schlimmer ist Fall 42 gelagert; auch hier benen in erhöhtem Masse die Symptome eines carc. ventr., ar ein „Tumor" wird gefühlt. Die Laparatomie ergibt vollkommen negatives Resultat, was durch die Section tätigt wird. Was als Tumor imponirte, war lediglich eine dickung in der Muscularis vor dem pylorus. Trotzdem starb ient, zwar nicht direkt an den Folgen der Laparatomie, denn Laparatomiewunde, sagt der Sectionsbericht, ist verklebt, Seiten des Peritoneums sind keine Erscheinungen da, aber irekt: an den Folgen der Aethernarcose. Es entwickelt sich e Bronchitis und im Anschlusse hieran eine hypostatische eumonie, welche letal endet.

Fall 4 endet 12 Tage nach der Operation ebenfalls letal durch hypostatische Pneumonie beider Unterlappen. Möglicher Weise ist auch hier die Bronchitis, bez. Pneumonie durch das schwächende Moment des operativen Eingriffs beschleunigt worden. Doch ist auch hier laut Sectionsbericht das abdomen intact, keine Spur von peritonitis da, das carcinom im übrigen soweit vorgeschritten, dass die Katastrophe in allernächster Zeit hätte eintreten müssen.

Fassen wir nun sämtliche Laparatomieen nochmals zusammen, so bekommen wir folgendes Resultat: 76 Fälle, hievon:

geheilt oder gebessert (1 Fall) 29 = 38,1 %,
ungebessert 21 = 27,6 %,
gestorben 26 = 34,2 %.

Die 42 ausführlicher beschriebenen Fälle ergeben:

geheilt oder gebessert 7 = 16,6 %,
ungebessert 18 = 42,9 %,
gestorben 17 = 40,4 %.

Bei diesen handelte es sich 34 Mal um Carcinom, 2 Mal um Verdacht eines Carcinoms, 6 Mal um ulcus ventriculi, bez. Verwachsungen des Magens.

5 Probelaparatomieen mit consecutiven Operationen ergeben

ungeheilt 2 (1 gebessert) = 40 %,
gestorben 3 = 60 %.

18 probatorische Laparatomieen ergeben:

geheilt (unentschieden) 1 = 5,5 %,
ungeheilt 15 = 83,3 %,
gestorben 2 = 11,1 %.

Die Berechtigung der operativen Behandlung der Magenkrankheiten glaube ich durch Veröffentlichung dieser 42 Fälle dargethan zu haben. Geradezu frappirend sind die Erfolge bei Fall 7, 26, 34 und 20.

Der weitere Verlauf dieser 4 Fälle liess sich leider nur bei 2 feststellen, nämlich bei Fall 7 und 20, während Fall 26 und 34, weil verzogen, nicht aufzufinden waren. Fall 7 starb 2 Jahre nach der Operation an Recidiv. Fall 20 befindet sich heute, 5 Jahre nach der Operation, noch wohl und gesund.

Ebenso glaube ich, die Einwendungen gegen die Berechtigung der Probelaparatomie zurückweisen zu können. Denn die Mortalität von 11,11 % ist ungeheuer unbedeutend. Andrerseits sind die beiden Todesfälle nicht direct der Laparatomie zuzuschreiben. Denn Fall 4 endet an hypostat. Pneumonie bei intactem Abdomen bei einem Individuum, welches ohnehin bald der ursprünglichen Krankheit erlegen wäre. Fall 42 stirbt an den Folgen der Aethernarkose.

Während diese Arbeit im Drucke war, berichtete Mündler in den Beiträgen zur klin. Chirurgie 14. Band über 40 Magenoperationen aus der chir. Klinik zu Heidelberg, und zwar über

Res. pylor. wegen carcinoms. 2 † = 50 %;

4 Fälle von Pyloroplastik. 1 † = 25 %;

21 Gastroenterostomieen, 12 mal wegen carc. pyl., 2 mal wegen einer Härte des pylorus nicht zu entscheidender Art, 1 mal wegen einer Duodenalgeschwulst bei normalem phylor.; 1 mal wegen alten ulcus, 5 mal wegen Narbenstenose des pylorus 3 † = 14,28 %;

2 Gastrotomieen, 1 mal wegen Verschluckens von Nähnadeln, 1 mal wegen Fremdkörper im Magen (3 Taschenmesser). In beiden Fällen Heilung;

1 Magen- und Lebernaht nach Stichverletzung mit Heilung;

8 Probeincisionen wegen Carc. des Magens, bezw. Darmes 2 Todesfällen = 25 %.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem verehrten Lehrer, Herr Professor von Heineke, für die gütige Überlassung der Arbeit und des Materials meinen ergebensten Dank auszusprechen.